FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE 734 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

PICHOT François Xavier
né le 27 Mars 1937, à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le :

REFLEXIONS A PROPOS DES COMPLICATIONS GRAVES DE L'APPENDICECTOMIE

Président : M. FEVRE, Professeur

COPEDITH, 70, Rue de Flandre, PARIS 19è

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546023_0029

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

PICHOT François Xavier
né le 27 Mars 1937, à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le :

REFLEXIONS A PROPOS DES COMPLICATIONS GRAVES DE L'APPENDICECTOMIE

Président : M. FEVRE, Professeur

COPEDITH, 70, Rue de Flandre, PARIS 19è

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . .	GOUYGOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Anesthésiologie.	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie.	CHRISTOL (D.)	Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Biochimie médicale. . . .	CARTIER (P.) GONNARD (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie.	CHAPUT (Mme A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie. . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . . SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)
Conseillers administratifs . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires. . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère

A mon Père

A qui je dois tant.

A ma Femme

A mes Fils

Avec toute ma tendresse.

A mon Beau-Père

Le Docteur René TOSTIVINT

En témoignage de ma filiale affection.

A toute ma Famille.

A Monsieur le Professeur Marcel FEVRE

Qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

Au Docteur Henri MONEGIER DU SORLIER

Au Docteur Camille FRANC

En témoignage de respectueuse amitié.

Aux Médecins de l'Hôpital de Dreux.

A mes Amis.

I - INTRODUCTION

Parler appendicectomie à l'âge de la chirurgie à coeur ouvert peut paraître paradoxal. Mais, parcourant les comptes rendus des Sociétés Savantes, on y trouve l'écho de débats qui, périodiquement, concernent directement ou indirectement la chirurgie appendiculaire.

Cela prouve que tout n'est pas résolu, dans une chirurgie cependant réputée insignifiante. Apparaît une certaine morbidité post-opératoire, voire une mortalité -parfaitement insupportable chez des êtres jeunes, dans un climat psychologique extrêmement défavorable, et lorsque l'intervention n'était, anatomiquement, que très facultative.

Au chirurgien animé d'une certaine ethique se pose un problème quotidien, où s'affrontent les souvenirs amers de quelques désastres ; le spectre de l'appendicite aiguë méconnue - dont la fantaisie symptomatique est capable d'induire en erreur le plus avisé des praticiens ; l'authenticité douteuse de bien des appendicites chroniques ; la justification incertaine de bien des opérations.

Notre époque étant auto-critique, nous avons acquis le sentiment profond qu'en chirurgie il n'y a pas malchance, mais erreur ou faute, qu'il convient de détecter et d'analyser.

Cette position peu confortable, mais peut-être fructueuse, exige une incessante révision de chacun de nos problèmes.

C'est ce que nous tentons, en toute humilité, dans un des rares domaines où il est possible, au chirurgien de petits centres "périphériques", d'acquérir une certaine expérience.

II - NOTRE EXPERIENCE

Elle porte sur 6.530 appendicectomies, faites à Dreux, depuis 21 ans; un tiers des cas environ, a été exécuté d'urgence.

- DE 1944 à 1951 NOUS AVONS PERDU 15 OPERES -

A - Du fait d'appendicectomies graves : 11 opérés.

- Une fillette est morte en 1945 d'une "broncho-pneumonie", c'est-à-dire d'un encombrement des voies respiratoires, que nous ne savions pas traiter.
- Un homme de 35 ans est mort en 1946, dans un tableau de collapsus hyperthermique, à la suite de l'incision d'un abcès appendiculaire, évoluant depuis 10 jours avec un hoquet incoercible, rendant toute alimentation impossible.
- Une fillette de 10 ans est morte en 1947, après incision d'une énorme collection abdomino-pelvienne, ayant succédé à un syndrome de la fosse iliaque gauche que nous n'avions pas su interpréter, et qui répondait à une appendicite méso-coeliaque. Dans un tableau toxique hyperfébrile.
- Un homme de 60 ans est mort en 1948, après incision d'une énorme suppuration du flanc droit, progressivement diffusante, consécutive à une appendicite rétro-coecale méconnue.
- Un garçon de 16 ans est mort en 1949 - opéré très tardivement d'une appendicite méso-coeliaque que nous avions méconnue, traduite par coliques spasmodiques, diarrhée et fièvre, sans signes locaux jusqu'à sa diffusion périto-

néale. Il s'éventra - puis ouvrit dans sa plèvre gauche un abcès sous-phrénique latent - et mourut, au bout de 6 semaines, suppurant et cachectique.

- Six opérés de péritonéîtes diffuses sont morts, dans un tableau comportant fièvre, météorisme, absence de reprise du transit ou diarrhée non fécale, déchéance générale, que nous pensions être la poursuite du processus péritonéal, malgré l'appendicectomie et le draînage - malgré les antibiotiques, dont l'éventail étroit, à l'époque, en rendait douteuse l'efficacité : un nourrisson de 15 mois, deux enfants, deux adultes et un vieillard moururent de cette façon.

B - A la suite d'appendicectomies "à froid" ou pour des formes aiguës congestives, sans réaction péritonéale, 4 opérés moururent.

- En 1946, un homme de 36 ans, brutalement à sa descente d'ambulance le jour de son retour à son domicile - 10 jours après l'ablation d'un appendice congestif dont les suites avaient été discrètement fébriles.

- En 1946, une femme de 40 ans est morte d'un syndrome respiratoire - fait de dyspnée et de cyanose, après une appendicectomie banale. Elle aurait eu des antécédents asthmatiques, non signalés avant l'opération "à froid", qu'ils auraient contre indiquée.

- En 1947 une splendide fille de 19 ans (H.E.... Lucette) est morte dans un tableau hyperthermique monosymptomatique, apparu au 6ème jour d'une appendicectomie extrêmement facile, très "à froid". Nous évoquâmes de multiples étiologies, dont aucune ne fut vérifiée, en l'absence de réintervention et d'autopsie. Nous sommes aujourd'hui convaincus qu'il s'agissait d'un accident de "chute du moignon".

- En 1951, un homme de 50 ans, suite d'une appendicectomie à froid, cependant draînée, du fait d'un appendice rétro-coecal, sous-séreux, ayant entraîné un décollement colo-pariétal, a présenté une suppuration nécrosante, irréductible, cachectisante et mourut au bout de trois semaines.

I - DE 1951 à 1965 nous avons perdu deux malades.

- Le 1.1.1960 - au cours d'une appendicectomie faite pour un syndrome abdominal très bruyant, sans substratum anatomique découvert à l'intervention, un éthylique de 40 ans fit un arrêt cardiaque irréversible.

- En 1964, un garçon de 10 ans (LE ... Joël) suite une appendicite gangréneuse perforée et une réintervention "blanche" faite au 5ème jour devant un syndrome hyperthermique avec météorisme, mourut. Cette observation sera plus loin l'objet de commentaires.

La comparaison de ces deux séries nous paraît éloquente. L'expérience acquise du chirurgien - spécialement devant les formes atypiques de l'appendicite et dans l'identification des complications post-opératoires - et surtout, en matière d'appendicite grave, les antibiotiques, les moyens modernes d'anesthésie et de réanimation, ont transformé le pronostic. Toute étude ne tenant pas compte de cette différence entre deux époques de la chirurgie, nous parait être entachée d'erreur.

II - LA MORBIDITE POST-OPERATOIRE A ETE NOTABLE :

A - Nous ne sommes pas en mesure d'apporter une comptabilité exacte.

1 - Des accidents septiques mineurs :

a) Suppurations de paroi, qui, actuellement, nous paraissent bien moins fréquentes que naguère. Sans doute du fait d'une moindre septicité ambiante, car grâce aux antibiotiques, les malades septiques qu'hébergent nos établissements sont devenus rares. Encore que nos salles soient volontiers affligées de certaines souches de staphylocoques ou de pyocyanique mithridatisés.

b) Foyers septiques résiduels - au niveau du foyer appendiculaire ou à distance (Douglas spécialement) résolus par traitement médical.

2 - Des manifestations thrombo-emboliques :

- Plus rares, nous semble-til dans les appendicites suppurées qu'il est classique de l'affirmer.

- Nous avons, dans les appendicites "à froid" observé 3 embolies pulmonaires non mortelles, dont une chez un homme jeune, maigre et sain, levé le jour même de l'ablation facile d'un appendice morphologiquement normal, au 2ème jour après cette intervention.

B - Trois fois, après des appendicites suppurées, gangrénées accolées dans une réaction plastique dense, méchées, nous avons observé une fistule stercorale. Deux se fermèrent spontanément, en quelques jours. La troisième dut être re-opérée tardivement.

C - Il est difficile d'apprécier le nombre exact des complications tardives dont ont souffert nos opérés :

1 - Nous avons opéré tardivement d'éventration une demi-douzaine de nos opérés draînés.

2 - Chez 4 de nos appendicectomies nous sommes réintervenus tardivement, après plusieurs mois ou années, pour une occlusion par bride. Une fois celle-ci répondait exactement à la place d'un moignon non enfoui.

3 - Une fois, nous dûmes procéder, après plusieurs années, sur un abcès de la fosse iliaque droite, à l'ablation d'un fragment basal d'appendice laissé en place lors d'une appendicectomie par morcellement, au sein d'une gangue suppurée et scléreuse. Nous ne pensions pas qu'un tel incident - que nous avions eu l'occasion de constater chez un patient opéré primitivement ailleurs - puisse nous arriver.

D - 30 fois, AVEC 2 MORTS, NOUS FUMES AMENES A FAIRE UNE REINTERVENTION PRECOCE.

C'est de l'analyse de ces 30 réinterventions que nous tirons l'essentiel de ce travail.

VARIETES D'APPENDICITE	CAUSE DE LA REINTERVENTION				
	HEMORRAGIES	INFECTIONS	OCCLUSIONS	EVENTRATIONS	EXPLORATION "BLANCHE"
Aiguë grave		7	6	2	1
Aiguë simple	1	4			
"A FROID"	4	4			
Systématique au cours d'une autre opération		1			
TOTAL	5	16	6	2	1
DECES	0	0	0	1	1

- De plus nous pouvons faire état de :

  - 2 cas d'infection que nous avons réopérés chez des appendicectomisés primitivement opérés ailleurs.

  - 1 cas où, chez un voisin, nous avons assisté à une réintervention pour une énorme suppuration résiduelle.

III - L'HEMORRAGIE POST-OPERATOIRE

A - Il nous fallut réopérer d'urgence, dans les heures qui suivirent l'appendicectomie :

1 - Le 1.8.1955 VA ... Bernard 27 ans (opérateur Dr. MOREAU) :

- appendice rétro-coecal turgescent couvert de fausses membranes. Zone de suintement sanguin non contrôlable, rétro-coecale. 1 lame de drainage
- un important saignement par le drainage fait réopérer quelques heures plus tard. Très gros hémopéritoine, avec caillots dans le Douglas - sans autre source hémorragique trouvée que ce suintement discret - qui est aveuglé par un point en X de lin et une mèche laissée dans le foyer.
  Suites simples.

2 - Le 7.7.1965 LE ... Bernard 26 ans (opérateur Dr. FRANC) :
grand choc hémorragique quelques heures après banale appendicectomie à froid, enfouie et non drainée. Réintervention d'hémostase du méso dont la ligature a lâché - Pas de drainage. Suites simples.

B - Deux fois le saignement fut à l'origine d'une infection grave :

1 - Le 12.5.1950 CH... Amélie 24 ans (opérateur Dr. TOSTIVINT) subit l'ablation d'un appendice porteur de granulations tuberculeuses. Les suites sont agitées : patiente pâle, fatiguée, céphalique, avec fièvre et torpeur. On évoque une diffusion méningée, mais le L.C.R. est normal.

Le 17.5.1950, elle souffre du ventre et apparaît un gros empâtement iliaque droite. Réintervention par l'incision primaire : évacuation et drainage d'un volumineux hématome rétro-coecal infecté.
Suites favorables.

2 - Le 25.9.1951 VO ... Simone, 16 ans (opérateur Dr. TOSTIVINT) : appendicectomie à froid. Méso gras et bref lié en masse.

Dans les premières heures, l'opérée est pâle, agitée, tachycardique, à petite tension - puis tout rentre dans l'ordre.

Cependant elle reste subfébrile, elle a du mal à rendre ses gaz.

Le 30.9.1951, douleurs abdominales, T° à 41°, légère défense hypogastrique, toucher rectal douloureux.

Réintervention par médiane : très important hémopéritoine infecté. Evacuation. Un drain dans le Douglas.
Guérison.

C - Un cas, plus complexe, pose le problème d'une hémorragie secondaire.

Le 8.1.1948 DU ... Pierre 23 ans (opérateur Dr. TOSTIVINT) : robuste garçon, sans trouble de la crase sanguine, subit l'ablation à froid, avec enfouissement, d'un appendice à peine congestif.

Les 5 premiers jours sont parfaits.

Le 14.1.1948 : douleurs spasmodiques, diarrhée, T° 38°5, sans signe notable à l'examen physique.

Le 15.1.1948 : constatation d'une masse empâtée, méso-coeliaque, haute, qui, les jours suivants, évolue vers le Douglas.

Le 18.1.1948 : ponction du Douglas qui ramène 750 cc. de sang noir macroscopiquement non infecté. Amélioration nette, mais passagère, et reconstitution de la masse abdomino-pelvienne.

Le 27.1.1948 : rectotomie = évacuation d'une abondante quantité de pus fétide. Deux heures plus tard : abondant saignement par le drain, reconstitution de la masse, grand choc hémorragique. Réintervention par médiane, qui évacue, d'une grande poche à paroi couenneuse, une grande quantité de caillots. Hémorragie en nappe. Méchage par Mickulicz.
Suites favorables.

Mis à part ce dernier cas, où l'hypothèse d'une hémorragie secondaire, au 5ème jour, probablement sous l'effet de phénomènes infectieux au niveau du moignon méso-appendiculaire, ne peut être exclue, il s'est agit d'une défaillance dans l'hémostase. Nous pensons que celle-ci se doit d'être parfaite et se doit d'éviter un trop volumineux moignon du méso, sur lequel les fils tiennent mal et qui, au contact du moignon appendiculaire septique, laisse un important bloc de tissus décitalisés. Qui, de plus, comporte le risque d'englober des branches coecales ou la récurrence iléale : des accidents de nécrose ischiémique du fond coecal, par anormale origine appendiculaire de ses artères, ont été décrits.

Ainsi nous avons pris l'habitude de lier une à une les branches "en peigne" de l'artère appendiculaire, au fin catgut, près du bord appendiculaire, en ne leur laissant qu'un petit moignon.

Lorsque l'appendice est accolé au coecum par une réaction plastique, nous lions soigneusement les brides qui, souvent sont vasculaires, avant de les sectionner.

Dans les variétés ascendantes, rétro-coecales ou latéro-coecales externes fixées - l'appendicectomie rétrograde, qui permet de tendre les brides vasculaires et les vaisseaux du méso, rend de grands services.

Nous évitons toute manipulation septique en ne procédant pas d'emblée à la section de l'appendice : un fil est passé et noué à sa base. Sa tension soulève l'appendice et les formations séreuses basales, qui peuvent, sans danger pour le coecum, être liées et coupées. Leur section permet la découverte de la branche la plus proximale de l'appendiculaire - Sa ligature, puis sa section occasionnent une brèche du méso - qui permet de mieux tendre l'appendice et les formations séreuses et vasculaires d'aval qui l'unissent au coecum. Cheminant ainsi de proche en proche - jusqu'à la pointe qu'une forte bride scléreuse amarre souvent au côlon, on obtient la libération complète de l'organe, et un champ opératoire exsangue. Cette "appendicectomie rétrograde aseptique" nous a donné de grandes satisfactions.

Il est cependant des mésos gras, brefs, infiltrés, où toute visualisation des branches appendiculaires est impossible, et qu'il faut se résoudre à lier en masse.

Volontiers, nous doublons la ligature, surtout en tissus friables et coupants où elle ne peut être que modérément appuyée.

Nous évitons de la placer trop haute - vers les zones dangereuses du repli iléo-appendiculaire et de l'implantation mésentérique du méso. Souvent, entre la ligature et l'appendice, spécialement au niveau de la base, le moignon manque d'étoffe. Pour éviter le dérapage de la ligature, nous n'hésitons pas à lui laisser un lambeau de la séreuse du bord adhérent de l'appendice, qu'il est ordinairement facile de décoller sans effraction de la muqueuse sous-jacente.

Il est cependant des cas où une hémostase parfaite est impossible.

- soit parce qu'un décollement coeco ou colo pariétal a du être fait pour découvrir un appendice rétro-coecal : un suintement est constant, qui impose un drainage. MONOD BROCA lui-même, cependant adversaire du drainage, en reconnaît la nécessité. Car le cellulo-graisseux sous-péritonéal ouvert, se défend mal contre l'infection, qui rencontre un milieu de culture éminement favorable dans le sang qui s'y trouve, peu ou prou, épanché.

- soit parce que le méso se rompt. Nous avons eu à déplorer cet incident plusieurs fois, dans des appendicites septiques, à méso infiltré, sans consistance, qui occupe même sous un gros fil très doucement noué, ou se déchire lors d'une traction, cependant douce, exercée sur l'appendice. Souvent, sans doute en raison d'une thrombose des vaisseaux appendiculaires, le saignement est modéré. D'autres fois il est assez impressionnant. Mais toujours, nous l'avons vu céder à un tamponnement prolongé pendant plusieurs minutes - suivi d'un méchage avec une petite mèche imbibée de thrombose - entourée d'une lame de caoutchouc ondulé qui évite son adhérence à la paroi et aux viscères jusqu'au contact du foyer hémorragique. Nous préférons cette attitude aux dangereuses et vaines tentatives de "reprise" du méso rompu.

Nous avons entièrement abandonné la pratique de l'appendicectomie sous-séreuse, qui présente un double danger :

- celui d'un saignement incontrôlable, dans l'étui séreux laissé en place car le clivage sous-séreux est loin d'être exsangue.

- celui de la rupture d'une pointe enflammée, qu'il est alors extrêmement difficile de retrouver, même au prix d'un grand décollement colo-pariétal.

IV - DES COMPLICATIONS SEPTIQUES GRAVES DE L'APPENDICITE AIGUE SEVERE

Elles sont liées à la persistance de la septicité péritonéale après l'appendicectomie.

I - 9 DE NOS OPERES EN SONT MORTS en principe du moins - nous discuterons plus loin du rôle du déséquilibre hydro-électrolytique - dont l'un après deux réinterventions (cure d'une éventration, pleurotomie pour épanchement purulent). Tous avaient été dranés lors de l'opération primaire.

II - 7 FOIS NOUS DUMES, DE LEUR FAIT, REOPERER PRECOCEMENT, chaque fois avec succès :

A - 4 fois, par rectotomie, pour abcès du Douglas

- le 18.2.1950 RO ... André 36 ans (opérateur Dr. T) 16 jours après l'ablation d'un appendice méso-coeliaque sphacélé, au sein d'un abcès circonscrit - Draînage par Mickulicz.

- Le 21.4.1953 KA ... Jean 15 ans (opérateur Dr. T) au 12ème jour après appendicectomie draînée par un drain - pour péritonite par perforation d'un appendice méso-coeliaque.

- le 30.10.1959 GI ... Muriel 5 ans (opérateur Dr. T) après la perforation d'un appendice iliaque sphacélé - une lame avait draîné le foyer.

- le 26.3.1964 Monsieur MA ... 70 ans (opérateur Dr. F) suite appendicite méso-coeliaque, pré-perforative, à symptomatologie occlusive, non draînée.

B - Une fois (ME ... Gilbert 13 ans) pour abcès résiduel iliaque droit après appendicectomie draînée (opérateur Dr. Mathis). Il se manifeste par un syndrome occlusif au 11ème jour. Réintervention d'abord par médiane (19.9.1952 opérateur Dr. T) - immédiatement abandonnée dès la reconnaissance d'un foyer iliaque droit, pour une reprise de l'incision droite - qui permit l'évacuation de la collection et son draînage.

C - Une fois (SI ... Jacqueline 18 ans) (opérateur Dr. F) un volumineux abcès sous-hépatique fut draîné, le 30.8.1961, au 11ème jour après appendicectomie pour appendice très enflammé, avec réaction péritonéale louche. Pas de draînage lors de l'opération primaire.

D - Une fois pour une péritonite généralisée : MA ... Roger, 24 ans opéré le 26.5.1948 (Dr. T) d'une appendicite sphacélique, non perforée, avec séro-pus dans la grande cavité, non drainée, présenta, après les premiers jours fébriles, avec difficulté de reprise du transit, des douleurs vives, une fièvre élevée, une contracture généralisée. Ceci au 8ème jour. La réintervention par voie droite montra une abondante quantité de pus libre dans la grande cavité. Draînage par Mickulicz. Guérison.

III - NOUS AVONS OBSERVE, CHEZ DES PATIENTS OPERES AILLEURS :

- un abcès résiduel méso-coeliaque deux mois après une appendicectomie draînée.
- un petit abcès résiduel iliaque, entraînant une occlusion aiguë, 15 jours après appendicectomie draînée.
- une monstrueuse suppuration abdomino-pelvienne au 10ème jour après appendicite hyper-septique, non draînée.

Tous trois guérirent par réintervention.

Etant donné que ces appendicites sévères - péritonites ou apperdicites putrides - sont relativement rares (10 % du total de nos appendicectomies) cela comporte une notable mortalité. Quant à la morbidité, elle ne se résume pas à ces seules réinterventions : des foyers septiques résiduels ont spontanément évolué vers la guérison.

Aussi doit-on rechercher les moyens de prévenir ces complications.

I - LE MEILLEUR EST D'EVITER UNE OPERATION TARDIVE :

Souvent celle-ci est due à un diagnostic posé trop tard devant une forme anormale. L'éducation des médecins quant à ces variétés atypiques, est primordiale. Il n'est pas de notre propos d'en reprendre, après bien d'autres, la description. Nous attirons cependant l'attention sur des formes trompeuses que nous ne connaissions pas, et qui, de notre fait, ont coûté la vie à deux de nos patients.

- est morte une fillette de 10 ans dont l'appendice méso-coeliaque présentait une symptomatologie exclusivement gauche, que nous laissâmes évoluer jusqu'à une énorme collection abdomino-pelvienne.

- est mort ce garçon de 16 ans dont l'appendicite méso-coeliaque se traduisait par des coliques spasmodiques avec diarrhée et fièvre, sans aucun signe physique abdominal ou de toucher rectal ; 24 heures après, une contracture généralisée témoignait d'une péritonite hyper-septique.

- par bonheur s'est "couverte" la perforation de l'appendice rétro-coecale de cet homme de 50 ans qui présentait des douleurs postérieures et une hématurie, sans doute liée à des phénomènes congestifs de l'uretère.

Doit-on être systématique et opérer tous les syndromes abdominaux aigus dont on ne peut avec certitude préciser la cause ? Nous répugnons à cette attitude qui ouvre la porte à toutes les paresses, à tous les abus. Une analyse sévère des symptômes dont aucun n'est constant, un examen soigneux et complet du malade, permettent ordinairement d'être très affirmatif. Dans les cas douteux où n'existe pas une urgence telle que 2 ou 3 heures ne puissent sans dommage être perdues, la répétition des examens est souvent fructueuse, permettant d'apprécier une discrète évolution des symptômes. Cette classique "expectative armée", que Mondor estime désarmée, ne doit bien sûr pas se prolonger induement et réclame une grande disponibilité de la part du chirurgien. Qu'une correcte organisation de la profession médicale devrait pouvoir assurer, pour leur plus grand profit, aux patients. Il faut pouvoir aussi avoir dans l'instant des radiographies - pulmonaires, urographie intraveineuse, et même biligraphie - car la preuve par l'absurde est souvent nécessaire. En dernier recours, bien sûr : "dans le doute ne t'abstiens pas". Mais seulement en dernier recours.

II - IL FAUT INSTITUER UN TRAITEMENT CONVENABLE :

Le large emploi, local et général, des antibiotiques ne souffre plus de discussion. Nous reviendrons sur le problème de la réanimation, qui doit être attentive. Mais sur la tactique opératoire proprement dite, les avis restent partagés. Schématiquement :

A - LES MODERNES suivent Monod-Broca qui érige en principe, pour tous les cas :
- un abord très large
- l'appendicectomie, avec hémostase parfaite
- la toilette complète de la cavité péritonéale par aspiration et désagglutination des viscères qu'on débarasse de leurs fausses-membranes
- antibiotiques locaux et généraux
- fermeture de la plaie sans drainage.

L'inefficacité de celui-ci, son danger - spécialement occlusif - le faisant systématiquement proscrire sauf en cas d'ouverture d'espaces sous-péritonéaux où le cellulo-graisseux n'oppose qu'une défense médiocre à l'infection : un drainage sous-péritonéal, à court trajet grâce à une contre-incision adéquate, étant alors utilisé

B - LES ANCIENS, avec Brenier, qui vante les mérites de ce qu'il appelle le drainage à la Desplas, par Mickulicz, restent fidèles au drainage et à la sécurité qu'il apporterait.

C - NOTRE OPINION est nuancée.

1 - Pendant les premières années de notre exercice, fidèles à Desplas, nous avons systématiquement drainé par un large Mickulicz, excluant du foyer : en haut la gouttière latéro-colique, en dedans la grande cavité, et en bas allant jusqu'au Douglas. Sans suture de la paroi. Car Desplas, comparant les appendicites à un abcès, estimait qu'aucun pertuis ne devait resserrer la cheminée de drainage. Cet usage, si décrié par certains, du "textile" intra-péritonéal nous a donné de grandes satisfactions et peu d'ennuis (pas d'occlusion, un seul abcès résiduel de Douglas, pas d'incident d'ablation du sac, car toujours une abondante suppuration le décollait de son lit, trois fistules stercorales, dont 2 spontanément refermées - où sa responsabilité est partagée, car il s'agissait de

formes basales, putrides, hyperseptiques, quelques éventrations mais relativement rares - ayant nécessité la réintervention dans les suites lointaines). A l'ère pré-antibiotiques, où lors des premiers antibiotiques à éventail étroit, nous demeurons persuadés qu'il s'agissait d'une méthode de sécurité. Car le draînage capillaire, sur une très large surface, avait sans aucun doute doute une réelle efficacité.

2 - Quand nous fûmes en possession d'antibiotiques à large spectre, nous abandonnâmes le "textile" en raison non de son inefficacité ou de ses dangers, mais de ses incommodités. Il nous semblait raisonnable de ne pas draîner dans des cas de septicité relativement atténuée ; pour les cas graves un mode de draînage plus réduit, drain tubulaire et surtout lame de caoutchouc ondulée. Nous avons eu quelques ennuis :

- 4 abcès résiduels
- une péritonite secondaire
- 5 occlusions par agglutination ou bride
- une fois éviscération d'une frage épiploïque lors de l'ablation d'une petite mèche d'hémostase.

Ceci pour les cas draînés. Pour les cas non draînés :

- une occlusion par agglutination
- une péritonite généralisée au 8ème jour
- 2 abcès résiduels : - un Douglas
  - un sous-hépatique.

Des trois patients opérés primitivement ailleurs : 2 draînés à "minima" firent un abcès résiduel. L'autre, non draîné, une énorme suppuration abdomino-pelvienne.

Une vue superficielle des fait pourrait reconnaître au Mickulicz une plus grande mortalité, au draînage à "minima" et au non draînage une plus forte morbidité. Mais cela ferait abstraction de l'évolution des traitements adjuvants, antibiotiques et de ré-équilibration hydro-électrolytique, qui, plus que telle ou telle recette opératoire, ont transformé le pronostic. Nous demeurons persuadés que le Mickulicz à la Desplas est le seul draînage vraiment efficace mais qu'il n'a plus que d'exceptionnelles indications

---

Nous pensons que la méthode moderne, à la Monod-Broca, est excellente A condition toutefois d'être réalisée sur tous ses points. Sinon c'est exposer le malade à des catastrophes qu'aurait probablement pu éviter un draînage, si incomplet et si dangereux soit-il, mais dont le mérite est de ménager aux défenses naturelles une soupape vers la paroi ouverte.

Il est des cas où une toilette parfaiten une hémostase parfaite sont à la portée de n'importe quel opérateur moyen. Mais il en est d'autres où la difficulté de l'abord, la densité de l'accolement viscéral et des fausses membranes, l'étendue du processus, nous paraissent, pour lui, des obstacles insurmontables. Le chirurgien hors pair, bénéficiant d'une équipe parfaite dont la réunion, hors des gros centres, et même dans les gros centres en urgence n'est pas toujours possible, peut peut-être y être autorisé.

Il serait donc dangereux d'ériger en dogme le principe du non draînage.

Il est des cas où drainer est impossible : - tel celui des appendices méso-coeliaques, séparés de la paroi par la masse viscérale et épiploïque, situé fort loin d'une possible contre-incision de draînage. Quelque soit le mode de draînage adopté, son long trajet le rend inefficace, sa traversée de la cavité coeliaque en fait un danger grave pour les anses qui l'entourent. Dans ces cas la position de Monod-Broca est une apaisante caution pour l'opérateur scrupuleux.

Il est par contre des formes où nous nous refusons de le suivre : nous estimons dangereux de détruire la barrière que le péritoine oppose à l'infection, en agglutinant viscères, paroi, épiploon. Si toutefois cette barrière est solide.

- Nous nous contentons d'inciser et de draîner les abcès collectés, si possible par un abord qui évite la grande cavité.

- Nous laissons évoluer les plastrons tout au moins les plastrons "durs", ligneux, témoins d'une solide organisation. Par contre nous opérons les plastrons "frais", en début d'évolution, empâtés, non encore dégagés d'une défense périphérique : leur évolution à ce stade nous apraissant être aléatoire, la mollesse des adhérences plastiques qui limitent le foyer en rend aisée la libération.

V - DES COMPLICATIONS SEPTIQUES GRAVES DE L'APPENDICITE PEU SEPTIQUE

Nous plaçons en tête de ce chapitre l'observation suivante :

- HE ... Lucette, 19 ans, splendide et robuste fille -

Pour un vague syndrome douloureux chronique droit, par prophylaxie d'une crise aiguë possible, avant son départ en vacances, elle subit le 24.7.1947 (Opérateur Dr. T), l'ablation d'un appendice morphologiquement normale. Opération extrêmement facile, sans le moindre faux pas. Enfouissement du moignon préalablement cautérisé.

Suites parfaitement simples jusqu'au 4ème jour, où, le matin, elle reçoit un lavement évacuateur - qui provoque une belle selle, au prix de quelques douleurs spasmodiques.

Le soir : T° : 40°. Faciès rosé, non altéré, ventre souple, T.R. indolent.

Le 5ème jour : au matin T° : 40°. Ne souffre pas mais n'a ni selle ni gaz. Ventre souple, peut-être en insistant, légèrement sensible.

A 17 heures : T° : 41° - Ventre légèrement sensible.

Des enveloppements froids - une perfusion de sérum physiologique amènent une chute de 1° de la température.

Le 6ème jour au matin : T° : 41°5 - apparition de signes méningés. En fin de matinée T° 42° - Décès à 12 h.

Autopsie refusée par la famille.

A l'époque, nous jugeâmes mystérieuse cette mort - une hémoculture, une ponction lombaire n'apportèrent aucun élément étiologique. Le fait que l'hyperthermie débuta un jour particulièrement chaud, où les chevaux mouraient dans les champs, où existait une véritable épidémie de toxicose chez les nourrissons, nous fit évoquer le "coup de chaleur", connu paraît-il des coloniaux.

Nous sommes aujourd'hui persuadés qu'il s'agissait d'une "chute du moignon" et que, même à cette époque, une réintervention aurait peut-être sauvé la patiente.

Nous réunissons par ailleurs 8 observations que nous pensons utiles de relativement détailler.

I - Dans l'appendice à froid : 4 cas.

1 - DES ... Rosa, 43 ans - Op. Dr TOSTIVINT.

20.2.1948 : appendicectomie pour appendicite chronique. Appendice rétro-coecal adhérent. Enfouissement.

Premiers jours normaux. A cependant quelques difficultés à rendre ses gaz - et température vespérale à 37°8.

Le 5ème jour au matin - va très bien. Après le repas de midi : douleurs abdominales qui iront en s'exacerbant, avec ascension progressive de la température : 37°6 à 16 h. - 38°7 à 21 h. Ventre douloureux - apparition dans la soirée d'une défense hypogastrique qui fait décider la réintervention.

26.2.1948, reprise de l'incision iliaque droite. Pus non fétide, très liquide dans le pelvis ; collection rétro-coecale, sans sphacèle coccal ni plaie au niveau du moignon. Mickulicz sans réunion de la paroi.

Suites simples.

2 - PER ... Claudine, 15 ans. Opération Dr. Tostivint.

28.3.1950. Appendicectomie pour appendicite chronique. Appendice libre, un peu congestif, bas situé, pelvien. Appendicectomie très facile, sans enfouissement.

Suites parfaites les 4 premiers jours. Cependant constipée, lavement sans effet au 4ème jour. Petite purgation à l'huile de ricin le 5ème jour ; elle est vomie. Le soir T° 38°2, ventre un peu sensible au palper.

Le 6ème jour : souffre un peu spontanément, ventre souple - T° 37°8 le matin. N'a pas eu de selle. Nouveau lavement de 500 gr. sans effet.

A 14 H. petit vomissement bilieux. Le soir T° 39°5 - avec ventre souple, un peu douloureux dans la région de la cicatrice.

Le 7ème jour (4.4.1950) : le matin T° 39°. A eu des gaz - souffre un peu. Perception d'une collection sus-pubienne, haute, difficilement retrouvée au toucher rectal. Glace, pénicilline, streptomycine.

Dans la journée a des gaz, deux petites selles glaireuses. Ne souffre pas. T° 39°7. Masse inchangée au palper, mais elle semble, au T. R., évoluer vers le Douglas.

Réintervention le 4.4.1950 au soir : sous anesthésie l'examen montre que la collection est trop haute pour être atteinte par rectotomie. D'où voie abdominale : Incision droite, sus-crurale, prolongeant l'incision primaire. Ouverture d'une volumineuse poche enkystée par accolement vésical et épiploïque contenant un abondant pus, liquide, fétide, couleur bouillon sale. Sur le coecum existe une plaque sphacélique, dans la zone du moignon, à demi couverte par accollement du repli iléo-appendiculaire. Antibiotiques locaux. Une mèche au contact de la zone coecale sphacélique. Un drain dans la cavité. Les suites ont été favorables, sans fistule stercorale.

3 - THE ... Jean-Luc, 11 ans - Opération Dr. TOSTIVINT.
2.11.1963 - Appendicectomie pour appendicite chronique : gros appendice, ascendant, hypervasculatisé - pas d'enfouissement.
Premiers jours parfaitement normaux, apyrétiques. Emet gaz et selles.
Le 5ème jour : T° 40°. Aucune douleur, pas de vomissement ni de nausée, diarrhée. Ventre souple. Aucun signe anormal au toucher rectal. Leucocytose et polynucléose.

Le diagnostic de chute du moignon est posé, mais l'intervention différée car, sous perfusion de pénicilline-colimycine, d'heure en heure la température baisse, sans apparition de signes abdominaux. Le soir, la défervescence thermique est totale.

La diarrhée persiste 48 heures, puis reprise de selles normales.

3 jours après : éphémère clocher thermique à 39° - puis constatation d'une masse hypogastrique renittente, qui évolue vers un plastron dur, médian, nettement au-dessus du Douglas. Le plastron s'efface peu à peu - alors que l'apyrexie se maintient et la formule sanguine redevient normale. Tout semble rentrer dans l'ordre.

Mais dans la nuit du 19 au 20.11.1963 : vomissements, pas de gaz, mais une selle. Ventre plat, apyrexie, pas d'aggravation d'une petite induration résiduelle du plastron. 2 niveaux liquides sur les clichés incitent à la réintervention.

Le 20.11.1963 par médiane sous ombilicale : libération de nombreuses adhérences molles du grêle. Foyer plastique dense autour d'un petit abcès refroidi, méso-coeliaque, au contact du sigmoïde. Une coudure aiguë du grêle, sur une bride molle, est responsable de l'occlusion. Libération - toilette du foyer septique.

Antibiotiques et alphachymo-trypsine.

Fermeture de la paroi sans drainage.
Suites simples.

4 - PER ... Christine, 11 ans - Opération Dr. TOSTIVINT.
Le 29.10.1965 - Appendicectomie au décours d'une crise mal caractérisée. Appendice ascendant latéro-coecal externe, à pointe rouge, sans réaction séreuse. Enfouissement. Opération facile, sans incident.

Premiers jours normaux, avec cependant petit état subfébrile (petit clocher à 38°5 le 2ème jour, le lendemain mation 37°5). Reprise normale du transit.

Souffre un peu dans la nuit du 3 au 4ème jour.

Le 4ème jour au matin : vomit et souffre du côté gauche. T° 37°3 qui ascensionne progressivement dans les heures suivantes : 38°6 à midi. Faciès altéré. Ventre douloureux mais souple. Aucun signe de toucher rectal. Une défense hypogastrique apparaît en fin de matinée.

Réintervention le 2.11.1965 à 12 h. 30 : réouverture et débridement de l'incision droite initiale. Abondant pus liquide, clair, dans la grande cavité, avec réaction pseudo-membraneuse sur le grêle. Foyer septique, avec fausses membranes noirâtres, autour du moignon nécrotique. Toilette - Antibiotiques -

Une lame dans le foyer iliaque droit.

Suites marquées par un abcès résiduel du Douglas, ayant imposé une rectotomie le 17.11.1965 - Puis suites favorables. Quitte l'hôpital le 4.12.1965.

Y revient d'urgence le 7.12.1965 pour une crise douloureuse paroxystique. Aucun signe clinique ou radiologique d'occlusion. Pas de collection résiduelle perçue. Tout rentre dans l'ordre en quelques heure, et la patiente quitte le service le 11.12.1965.

II - Dans l'appendicite aiguë simple : 4 cas.

1 - GIL ... Claudine, 22 ans. Opération Dr. T.
31.12.1945 - Appendicectomie d'urgence pour appendicite à peine congestive, non draînée. Sans enfouissement.

5.1.1946 - Syndrome d'occlusion aigu, fébrile, d'apparition brutale. Réintervention par médiane : abcès enkysté au contact d'un moignon appendiculaire d'aspect nécrotique.

2 - POL ... Michel 15 ans - Opération Dr. BOCQUENTIN.
12.3.1957 - Appendicectomie pour appendicite aiguë : appendice rétro-coecal gorgé de pus. Réaction péritonéale mineure : liquide clair, pas de fausses membranes. Appendicectomie sans enfouissement ni draînage.

Après premières suites normales, au 8ème jour, douleurs, vomissements, défense abdominale gauche, diarrhée, niveaux liquides sur le grêle.

20.3.1957 : Médiane sus et sous-ombilicale. Pus noirâtre dans la grande cavité, surtout dans le Douglas. Région coecale normale, mais adhérente à la plaie d'appendicectomie : sa libération libère un flot de pus faisant issue de la paroi - 2 drains - un médian, l'autre iliaque droit.

Reste fébrile plusieurs jours, puis suites simples. Quitte l'hôpital le 26.4.1957.

3 - ROL ... Nadine, 12 ans - Opération Dr. T.
5.6.1957 - Appendicectomie pour appendicite aiguë : pointe rouge et infiltrée, appendice rétro-coecal - sans réaction péritonéale ni lésion suppurée endo-appendiculaire ; pas d'enfouissement.

Au 5ème jour : le 10.6.1957 : brusque douleur abdominale, avec température à 38°. Temporisation par chirurgien remplaçant, en l'absence du Docteur Tostivint.

Au 6ème jour le 11.6.1957 : tableau péritonéal évident, avec contracture abdominale et images radiologiques d'occlusion diffuse du grêle.

Réintervention par l'incision primaire. Pus abondant, non fétide, de la grande cavité, foyer d'aspect nécrotique au contact d'un moignon sphacélé, sans fuite stercorale. Toilette. Antibiotiques in situ, drainage par 2 lames, une dans le foyer, l'autre dans le Douglas. Suture partielle de la paroi par deux nylons en 8.
Suites favorables.

4 - BEN ... Aldo, 28 ans - Opération Dr. T.
30.5.1961 - Appendicectomie pour appendicite aiguë, appendice rouge vif, infiltré, porteur d'une fausse membrane, fixé par des brides scléreuses, rétro-coecal. Pas d'enfouissement ni de drainage.

Après des premiers jours normaux, au 5ème jour, le 14.6.1961 : douleurs abdominales, sans vomissement, ni fièvre. N'émet pas de gaz, n'a pas de selle. Ventre souple - Pas d'anomalie perçue au toucher rectal.

Deux heures plus tard : douleur vive, spontanée et provoquée de la fosse iliaque gauche ; T° 39° ; contracture hypogastrique ; signes radiologiques d'occlusion diffuse du grêle.

Réintervention : par débridement de l'incision droite. Foyer septique, encapsulé, de la région appendiculaire. Pus peu abondant. Aspect sphacélique du moignon, sans fuite stercorale visible - On ne cherche pas à explorer la grande cavité qu'isole un conglomérat épiploo-intestinal. Une lame de drainage.

Suites fébriles, avec diarrhée et empâtement du Douglas - qui s'estompe progressivement mais très lentement. De ce fait, le malade ne quitte l'hôpital que le 20.7.1961.

Si les ouvrages classiques sont peu prolixes sur ces complications graves, nous voyons qu'elles sont régulièrement mises à l'ordre du jour dans les Sociétés Savantes :

En 1947 : LABRY signale deux décès par péritonite aiguë post-opératoire sur 2.200 appendicectomies à froid ; DESJACQUES 3 cas ; VILLARD ne se souvient que d'une ; mais reconnaît à l'appendicectomie des dangers et trop d'indications abusives ; POUZET en présente deux ; en 1948 ASTERIADES trois.

En 1953 : une discussion sur les occlusions post-opératoires, à l'Académie de Chirurgie, en fait apparaître quelques cas. En 1959, à la Société des Chirurgiens de Paris, Bloch-Laidé et Hertz en amènent 4 observations ; plusieurs cas sont signalés par Passereau Ulricj, Jouve. En Avril 1961, CALVER et FELLUS exposent le problème dans la Semaine des Hôpitaux et le discutent à propos de plusieurs observations personnelles extraites d'une série de 2.325 appendicectomies. Peu après PELLERIN et BOULARD - qui y consacre sa Thèse inaugurale.- additionnant 22 observations recueillies dans le Service de leur Maître Marcel FEVRE, un cas personnel de clientèle privée, et des observations de RENE, BEDOUELLE et Cl. DUBOST, réunissent 35 cas, qu'ils présentent à l'Académie de Chirurgie.

Ils définissent le syndrome péritonéal du 5ème jour, après appendicectomie chez l'enfant - Le rapporteur PERROTIN, en signale deux observations personnelles. Et s'ouvre un débat où, si de rares auteurs disent ignorer de tels faits, MILHIET offre 8 cas, Jacques MICHON trois, MONOD-BROCA deux, puis BLONDEAU et ROYCAMILLE deux, LENOEL, STEPHANI et FARGE douze.

En 1964, à la même Tribune, le débat lancé par GERMAIN, COURTOIS SUFFIT et DIANE sur la réintervention précoce en chirurgie abdominale en fait apparaître de nouveaux cas.

Aussi bien établi, le syndrome du 5ème jour est rare, en pourcentage par rapport au nombre d'appendicectomies pratiquées.

Mais en raison du grand nombre d'appendicectomies faites, dans l'absolu, il n'est pas exceptionnel. En 20 ans, dans un petit centre, nous l'avons rencontré 8, peut-être 9 fois. Même si notre série est plus lourdement grévée que d'autres, il est à supposer que plusieurs dizaines de cas, au moins, s'en manifestent chaque année en France.

Les enfants entre 7 et 13 ans, la fille comme le garçon, dit PELLERIN, en sont spécialement atteints. Mais n'est-ce pas l'âge où se pratique, au maximum l'appendicectomie ?

L'adolescent et l'adulte n'en sont pas exempts comme en témoignent les 2 cas de LABRY, deux cas d'ASTERIADES, trois cas de DESJACQUES, un cas de MONOD-BROCA, un cas de VAUCLIN. Sur nos 8 cas certains, trois observations concernent des adultes - Notre 9ème cas, qu'en l'absence de vérification anatomique, on peut considérer comme douteux, concernait une jeune fille de 19 ans.

I - LES CAUSES -

de ce syndrome sont, pour certains, mystérieures. Il importerait de les déterminer avec exactitude pour pouvoir éviter son apparition.

De nos lectures, et aussi de l'analyse de nos cas, nous tirons l'impression que le syndrome du 5ème jour - est une expression commode pour désigner des faits proches mais non exactement semblables, ni dans leur chronologie, ni dans leur expression, ni sans doute aussi dans leur étiologie. L'explication mécanique qui les rattacheraient :

- soit au lachâge de la ligature (dans cette crainte que QUENU recommande l'emploi d'un gros fil non résorbable).

- soit à la chute du moignon nécrosé avant le comblement de la petite plaie coecale qu'il découvre, nous paraît peu conforme à la réalité. Car nous n'avons pas observé - et nous n'avons pas vu signaler, par d'autres, la fuite stercorale qu'impliqueraient de tels mécanismes.

Il s'agit en réalité d'une péritonite secondaire, apparaissant vers le 5ème jour - parfois le 4ème ou le 6ème, ou le 7ème ou même le 8ème. Tantôt généralisée. Tantôt limitée par une réaction plastique de la séreuse. Elle semble évoluer en 2 temps :

1 - Une phase de silence clinique suit immédiatement l'opération, mais une lésion organique existe, conséquence de l'agression opératoire.

2 - Son évolution septique - latente pendant 3, 4 ou 5 jours, où elle demeure localisée, devient brusquement patente au moment où diffuse l'infection.

Dans certains cas, l'agression opératoire a créé des conditions spécialement favorables à cette évolution septique :

- Plaie accidentelle du coecum - compliquée secondairement de nécrose (Edelmann).

- Points perforants, hématomes sous séreux, lors de l'enfouissement.

- Ischiémie coecale par ligature dans le méso d'une artère iléo-coecale anormale - citée par les lyonnais - par CALVET, par Raymond BERNARD.

- Epanchement sanguin du fait d'une hémostase imparfaite et volontiers nous ferions rentrer nos cas : CH ... Amélie, VO ... Simone et même DU ... Pierre, que nous avons présentés dans le chapitre hémorragies - dans ce syndrome du 5ème jour.

Mais ces imperfections techniques, au demeurant le plus souvent évitables, n'expliquent qu'un nombre restreint des cas.

DESJACQUES dénonce - lorsque l'opération a été parfaite - la septicité du méso - Des cultures à partir de fragments de méso prélevés avant la section septique de l'appendice, dans 36 % des appendicites bénignes ainsi étudiées ont révélé la présence de germes de la fibre intestinale, principalement l'Escherichiacoli.

En fait, il semble surtout que le responsable de ces complications graves est le moignon appendiculaire, dévitalisé par la ligature et septique.

- Cinq fois sur 8 cas réopérés, il nous a paru de toute évidence être l'origine de la suppuration. Les trois autres cas demeurant plus douteux : peut-être diffusion péritonéale d'un abcès de paroi méconnu (Cas POL ... Michel) peut-être défaut d'hémostase chez DES ... Rosa où n'existait pas d'importante anomalie du moignon ; chez THE ... Jean-Luc l'intervention tardive ne porte que sur des lésions presque totalement résorbées par les antibiotiques et dont le point de départ ne peut être précisé.

- Le traitement de ce moignon fait l'objet de prises de position parfois inconciliables.

- Sa désinfection paraît à VAUCLIN un geste essentiel. Suivant de MARTEL, il pense sa cautérisation le procédé le plus efficace.

- DESJACQUES et RAY, d'études bactériologiques, concluent que l'attouchement à l'iode ne stérilise qu'un cas sur 5 - les autres antiseptiques ne sont pas plus efficaces. Par contre des antibiotiques locaux, streptomycine ou mieux tifomycine (15 cultures négatives sur 16) sont beaucoup plus utiles.

- C'est l'opinion de THOMERET qui estime que la vie de l'opéré vaut bien "2 francs d'antibiotiques".

- Comme cette désinfection reste sujet à caution - certains estiment nécessaire l'enfouissement. VAUCLIN pense que si malgré les précautions prises le moignon s'infecte, un abcès se formera dans la cavité d'enfouissement - mais se videra dans la lumière coecale. Seule une imperfection de l'enfouissement permet une fuite septique dans la grande cavité. C'est aussi l'opinion de VILLARD.

- D'autres au contraire l'accusent d'enclore un foyer septique, qui, laissé libre dans une grande cavité remarquablement apte à se défendre contre l'infection n'aurait pas provoqué d'accident. CALVET se félicite d'avoir renoncé à enfouir. QUENU déconseille l'enfouissement.

- En fait les complications affectent également les cas enfouis et ceux non enfouis, et comme le pensent PELLERIN, MILHIET, PERROTIN la bataille des enfouisseurs et des non enfouisseurs est oiseuse.

- Dans nos cas : 6 n'étaient pas enfouis, deux l'étaient - le 9ème probable, l'était également - De tout cela on ne peut guère conclure.

Cependant nous remarquons qu'un de nos habituels opérateurs de Dreux qui traite ses moignons par : réduction par écrasement, ligature au fil fin, iodage et enfouissement n'a pas eu un seul accident grave du 5ème jour. Alors que la ligature au catgut n° 2, suivie de cautérisation soigneuse d'iodage, avec ou sans enfouissement a donné à l'autre opérateur habituel - certes sur une série plus longue - plusieurs de ces accidents.

Mais tout cela - régi par une loi des séries heureuses ou malheureuses - n'a pas grande valeur. Cette loi ne diminue-t-elle pas également l'impressionnante statistique de LENOEL, STEPHANI et FARGE qui après avoir observé :

- 6 péritonites secondaires dont 3 décès sur 690 cas liés et non enfouis.

- 6 péritonites secondaires, sans décès - car rapidement reconnus et aussitôt réopérés - sur 1.650 cas liés et enfouis.

n'ont plus observé un seul accident sur 4.486 cas où le moignon a été supprimé - ou plus exactement non lié, mais invaginé dans la lumière coecale par un surjet, lui-même enfoui.

Procédé décrit par Halsted, précisé PERROTIN qui le pense peut influer sur la survenue d'accidents septiques.

Dans deux de nos cas, le début des signes cliniques a suivi de peu un lavement évacuateur. Dans une de ces deux observations on note même un acharnement à répéter le clystère et à purger. Certes, nous recommandons, chez l'appendicectomisé, des lavements de volume modéré et administrés sous pression douce - Mais nous ne sommes pas présents lors de l'exécution de ces prescriptions, trop souvent confiées à un personnel subalterne, peu compétent. Il faut peut-être n'en user qu'avec une extrême circonspection, au moment précis où le moignon s'élimine et où la plaie coecale est fragile.

II - <u>SES SYMPTOMES</u> -

sont ordinairement mal connus, si l'on en juge, de l'aveu même des auteurs, les retards portés à l'intervention par un diagnostic hésitant.

Ils ne sont aucunement pathognomoniques ; hors les cas rares, ou trop tardifs où :

- une contracture traduit la péritonite
- un empâtement témoigne d'une collection circonscrite.

Nous relevons un cas (GIL ... Claudine) de symptomatologie occlusive quasi-pure -

Mais surtout nous voyons des signes que l'on rencontre volontiers dans des incidents bénins post-appendicectomie :

- poussée fébrile d'un abcès de paroi ou d'une infection rhino-pharyngée intercurrente.

- météorisme douloureux, souvent observé à la suite d'une reprise trop hative, ou trop immodérée de l'alimentation ; ou provoquée par une constipation rebelle.

Ces symptômes sont aussi très voisins de ceux d'accidents moins graves - qui procèdent probablement d'une même étiologie, mais où les réactions de défense ont été plus efficaces : infections résiduelles focales, évoluant soit vers un petit plastron qui se résorbe spontanément ; soit vers une forte suppuration pariétale qui, au-delà de la paroi désunie conduit à un foyer intra-péritonéal qui lui est accolé. Nous avons observé un certain nombre de ces formes localisées et spontanément de ces "chutes de moignon" dont la possibilité, à l'apparition du syndrome, offre la tentation de ne pas effectuer le geste toujours grave, toujours angoissant, de la réintervention.

CALVET et FELLUS notent :

- la date : du 4ème au 6ème jour.
- l'élévation thermique, premier signe.
- les douleurs, évoluant par petites crises et accompagnées ou non de vomissements.
- la diarrhée plutôt que l'arrêt du transit.
- la discrétion, surtout au début, des signes physiques, et en particulier, l'absence de contracture vraie.
- l'hyperleucocytose entre 10 et 20.000 globules blancs.

PELLERIN et BOULARD constatent :

- des premières suites ordinairement simples et apyrétiques.
- un clocher thermique d'alarme, survenu 24 fois sur 35 entre le 4ème et le 6ème jour ; 5 fois seulement le 3ème jour au soir ; 5 fois du 6ème au 8ème jour, rappelant que jusqu'au 8ème jour, on n'est pas à l'abri de complications. Ce clocher qui imprime à la courbe de température un aspect caractéristique a une valeur diagnostique considérable. Dans tous les cas, en quelques heures la température atteint plus de 39°, sauf deux où elle n'atteignait que 38°5, 38°8.
- l'accélération du pouls, la pâleur, l'angoisse, traduisent le syndrome péritonéal.

- apparaissent des douleurs et des signes péritonéaux localisés à la fosse iliaque droite et l'hypogastre.
- possibles sont les signes occlusifs, météorisme, distension gazeuse, du grêle et du côlon sur les radiographies ; plus rarement aspect pl... franc d'une occlusion inflammatoire post-opératoire, avec vomissements abondants et niveaux liquides.
- le toucher rectal est ordinairement douloureux et montre l'absence d'une collection du Douglas.
- l'hyperleucocytose modérée à 10 ou 20.000 G.B., avec polynucléose à 89 % existait dans les cas où elle fut recherchée.

Enfin des aspects pseudo-typhiques, pseudo-méningés, toxi-infectieux ne font que marquer le début de la complication.

Nous souscrivons entièrement à ces descriptions, en notant cependant :

1 - que la période de latence n'est pas toujours absolument "silencieuse" état subfébrile, petites difficultés de rendre des gaz, constipation existaient dans deux de nos cas. Certes, il s'agit là de faits bien fréquents. Mais méfions nous particulièrement de ces opérés pas tout à fait "normaux".

2 - que l'ascension thermique à 40°, en clocher, même si elle est monosymptomatique, comme dans deux de nos cas - survenant au 5ème jour - est un signe pathognomonique. Nous pensons qu'il doit commander, aveuglément, la réintervention. Deux fois, nous ne l'avons pas faite :

- Lucette HE ... est morte de ce fait.
- Jean-Luc TH ... grâce aux antibiotiques, a pu y faire face - mais, en raison de l'évolution ultérieure d'un plastron, puis d'une occlusion aiguë; il n'y a peut-être pas lieu de se féliciter de cette abstention.

Ce clocher brutal est malheureusement très inconstant puique six fois sur neuf, il n'a pas marqué le début du syndrome.

- Une ascension progressive, d'heure en heure, de la température ne dépassant pas 39°, parfois même 38° ayant été dans les autres cas, cependant très évolutifs.

3 - que les douleurs spontanées sont :

- parfois absentes (2 cas)
- parfois du siège atypique : deux fois elles étaient iliaques gauches.

4 - que les signes physiques sont rarement présents dès les premières heures, où le ventre demeure souple, peu douloureux, ainsi que le toucher rectal, bien rarement démonstratif.

5 - que le faciès peut rester satisfaisant.

Il nous parait donc difficile de faire un tableau clinique précis. Mais de notre expérience, nous tirons les renseignement suivants :

- attention à l'opéré qui allait bien, ou pas trop mal et qui, au 4ème, 5ème, 6ème jour, plus rarement au 7ème ou 8ème, ne va plus bien. Quelques soient ses manifestations.

- n'attendons pas des signes abdominaux nets, ni de toucher rectal pour porter le diagnostic. Méfions-nous spécialement des signes siègeant à gauche, dont il ne faut pas chercher ailleurs l'origine.

- méfions-nous d'une température qui grimpe d'heure en heure, d'une leucocytose avec polynucléose.

- méfions-nous des signes occlusifs, cliniques ou radiologiques - mais aussi de la diarrhée.

- soyons convaincus de l'accident grave sur un clocher brutal à 40°, même monosymptomatique.

- Dans l'ensemble, sachons nous contenter de peu pour immédiatement réopérer.

III - LE TRAITEMENT :

C'est la réintervention immédiate dès que le diagnostic est posé.

De préférence, par la voie d'incision primaire, qui donne le meilleur accès sur le moignon, et suffit en général à la toilette du foyer et du péritoine - à l'application d'antibiotiques locaux et au drainage.

Avec bien sûr, des antibiotiques généraux et une réanimation adéquate. Et aussi une aspiration gastro-duodénale du fait d'un iléus paralytique constamment associé.

Peut-être n'est-elle pas nécessaire dans tous les cas : notre observation TH ... Jean-Luc nous démontre qu'une péritonite traitée immédiatement par de la colimycine est susceptible de s'assécher - ou du moins de ne laisser qu'un foyer résiduel discret - lui-même susceptible de se refroidir. L'occlusion qui, au 18ème jour, vient compliquer ce cas n'étant peut-être qu'une simple malchance.

Malgré ce cas presque guéri médicalement - malgré certaines formes atténuées du syndrome, se résolvant totalement ou après un abcès résiduel circonscrit, du Douglas notamment - les risques que l'on fait courir au patient en lui refusant l'opération immédiate, nous paraissent plus élevés que les risques de la réintervention. Précoce, elle ne nous a donné que des succès - ainsi qu'à LENOEL, après une série malheureuse où il apprit précocement à reconnaitre la complication.

Moins précoce, devant un tableau confirmé, elle reste salvatrice. Nous avons eu la chance de voir guérir ceux chez qui nous avions un peu trop temporisé mais chaque heure passée diminue, sans aucun doute, les chances de survie.

VI - DES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES DANS LES SUITES RAPPROCHEES DE L'APPENDICECTOMIE

Nous en avons réopéré 6 cas, tous consécutifs à des appendicites aiguës graves.

1 - CA ... Bernard 14 ans (Op. Dr. F.) le 7.8.1959 appendicite au 3ème jour, sphacélée, avec liquide louche dans la grande cavité. Une lame dans le Douglas - ôtée au 7ème jour.

Au 14ème jour, occlusion aiguë - avec niveaux liquides diffus sur le grêle. Après 24 h. de traitement médical inopérant :

22.8.1959 (Dr. T) : Laparotomie. Agglutination très dense sur le foyer iliaque droit - où n'existe pas de rétention purulente. Noble partiel. Guérison.

Cependant ce cas nous a valu - malgré avis d'expert concluant à l'absence de toute faute - à une condamnation à dommages et intérêts par le Tribunal Administratif d'Orléans - avec publicité faite dans la presse locale et la grande presse - car le dommage subi aurait été lié à une faute légère - caractérisée par le fait que nous avions confié l'ablation de la lame de caoutchouc à une infirmière (diplômée) au lieu de l'avoir nous-mêmes ôtée ....

2 - MI ... Jean-Claude 13 ans (Op. Dr. T)
Le 23.12.1960 - Appendicite rétro-coecale suppurée - abcès circonscrit - appendicectomie. Une lame.

A quelques gaz, 2 selles liquides au 4ème jour - Puis s'installe un état occlusif, sans fièvre, ni foyer septique résiduel perçu.

Après 7 jours de traitement médical inefficace :

4.1.1961 : réintervention par médiane. Strangulation - heureusement lâche, sans ischiémie, d'une anse par une corde épiploïque tendue du bord gauche du grand épiploon à la plaie iliaque droite.

Reprise du transit au 3ème jour - Guérison.

3 - FE ... Jean 15 ans (Op. Dr. T).

Le 22.1.1962 - Appendicectomie sans drainage d'une appendicite gangréneuse méso-coeliaque, vieille de 4 jours - miraculeusement encapuchonnée dans une frange épiploïque - Grande cavité intacte. Ablation en bloc de l'appendice et de la frange épiploïque. Pas de drainage.

Reprise difficile du transit, de l'alimentation (même liquide), léger météorisme persistant.

Le 31.1.1962, apparition d'une collection du Douglas - qui semble être l'explication des troubles. Vers 15 heures : violentes douleurs paroxystiques, accentuation du météorisme : aspiration - qui n'apporte aucun soulagement. A 19 heures : intervention.

1.- rectotomie - Mais on n'évacue qu'une quantité modérée de séro-pus. Pensant cette collection insuffisante pour expliquer le syndrome :

2.- par médiane découverte d'un énorme jéjunum, distendu, alors que l'iléon est filiforme. A leur jonction = coudure aiguë du grêle par adhérence sur le moignon épiploïque, d'aspect nécrotique. Vidange du grêle par ponction (enfouie en 2 plans).

Suites dramatiques : choc extrêmement intense, état de collapsus - hémorragie digestive profuse. Pendant plusieurs jours état agonique. La compétence et le dévouement de notre réanimatrice, Melle le Docteur TESTON, permet une véritable résurrection après plusieurs jours effroyables.

Sort guéri, après une suppuration de paroi, le 27.2.1962.

4 - DE ... Roger 55 ans (Op. Dr. T).

28.6.1963 : Appendicectomie très laborieuse pour appendicite pseudo-tumorale Une lame dans un foyer très inflammatoire et suintant.

Le transit ne se rétablit pas. Etat occlusif, traité médicalement, ne cédant qu'au 15ème jour, à l'apparition d'une fistule du grêle qu'une réintervention le 20.7.1963 montre liée à un volvulus sur bride de la dernière anse qui est reséquée.

Guérison, après dramatique hémopéritoine, s'évacuant spontanément par la plaie drainée, consécutif à l'administration d'héparine, au 8ème jour, pour point de côté thoracique gauche.

5 - BR ... Evelyne 9 ans.

29.12.1963 (Dr. F) - appendicite aiguë rétro-coecale sphacélée, non perforée, enfouie, drainée par une lame dans le foyer.

Le 10.1.1964 - après premières suites satisfaisantes - à la suite d'un grave écart de régime provoqué par l'entourage : vomissement alimentaire à 18 H. - A 20 H. douleurs, ventre plat, apyrexie - Quelques images gazeuses iléales. A 22 H. 30, malgré aspiration, léger météorisme ; accentuation des images gazeuses - Réintervention (Dr. T) par médiane : coudure du terminoiléon sur foyer plastique très dense sans foyer septique. Libération.

Bonnes suites. Sort le 21.1.1964.

6 - LE ... Bruno 7 ans (Op. Dr. F).

30.6.1965 - appendicite sphacélétique, avec pus "liquide" dans la grande cavité. Une lame dans le Douglas.

30.7.1965 - chez enfant encore sous aspiration, car pas de reprise de transit, violentes douleurs, état général altéré. Réintervention : magmas d'anses accolées au contact de la lame de drainage. Aspect inflammatoire, mais pas de collection suppurée. Ablation de la lame et libération du grêle.

Guérison.

Si l'on suit la classification de GERMAIN, cette courte série comporte :

1 - 3 occlusions mécaniques pures :

- MI ... Jean-Claude - Strangulation.
- FE ... Jean (car cette coudure aiguë de l'anse suspendue au moignon épiploïque était vraiment mécanique).
- DE ... Roger - Volvulus.

2 - 3 péritonites plastiques adhésives, sans succès.

5 fois sur 6, l'opération primaire avait comporté un drainage par lame le 6ème cas n'avait pas été drainé.

Parmi les observations citées dans les précédents chapitres, nous notons qu'ont été réopérés du fait d'un syndrome occlusif :

- 1 abcès résiduel iliaque droit cliniquement méconnu. (ME ... Gilbert)

- Un petit abcès résiduel iliaque, chez un patient opéré ailleurs, 15 jours plus tôt, d'une appendicite drainée.

- Une occlusion par agglutination sur petit abcès résiduel après une "chute de moignon" traitée médicalement (THE ... Jean-Luc).

- Une symptomatologie occlusive "d'une chute de moignon (GIL ... Claudine).

A - Nous avons aussi rencontré, et non opéré, plusieurs iléus paralytiques - peut-être purs, peut-être associé à une lésion septique résiduelle non perçue cliniquement et d'évolution spontanément régressive. Il s'agissait de patients dont, suite l'appendicectomie, le transit ne se rétablissait pas - avec vomissements et nausées (pour ceux qui n'étaient pas en aspirations), et météorisme. Cet état, normal dans les 3 ou 4 premiers jours des appendicites graves, se prolongeant anormalement au-delà du 4ème jour - sans découverte d'un foyer septique résiduel, le traitement médical apportant la guérison au bout de quelques jours.

B - Nous avons réopéré nos occlus lorsque :

1 - Le traitement médical s'avérait inefficace passé certain délai.

2 - L'occlusion apparaissait après un "intervalle libre" où le transit avait repris.

3 - L'intensité des douleurs spasmodiques, peu ou non calmées par l'atropine, nous faisait redouter un facteur mécanique irréductible.

Cette ligne de conduite nous a amené :

1 - A réopérer 3 péritonites plastiques adhésives, ce que, depuis les débats provoqués par Laurence en 1953, on juge ordinairement inutile ; à réopé- 2 occlusions par agglutination sur des petits abcès résiduels, qui, peut-être, auraient pu céder médicalement.

Nous avouons n'en ressentir que peu de remord. Parce que nos patients ont guéri.

Parce que nous ne sommes pas certains qu'ils auraient médicalement guéri. Car s'il est peut-être possible, dans les grands centres, de prolonger pendant plusieurs semaines une aspiration, et, par voie intra-veineuse de faire face aux besoins hydro-électrolytiques, énergétiques, protéidiques de ces sujets - en toute sincérité malgré la présence à nos côtés d'un réanimateur spécialisé et d'un laboratoire permettant des bilans quotidiens, nous ne pensons pas en être coupables.

Nous pensons, de ce fait, qu'il est un moment où, chez nous du moins, le risque est plus grand de poursuivre un traitement médical que de réopérer. D'autant que, même si elle est intellectuellement peu satisfaisante :

- qu'il s'agisse d'une libération simple - suivie anatomiquement d'une rapide reproduction des agglutinations.

- que l'on y adjoigne un Noble - dont l'efficacité est loin d'être constante (nous avons du réopérer, plusieurs années après, un de nos "Nobles" pour une nouvelle occlusion - et nous n'avons pas manqué d'être déçus par le peu de résultat anatomique lointain qu'il en subsistait), ou un Child (dont nous n'avons pas l'expérience),

cette réintervention assure une reprise, ordinairement rapide, du transit et de l'alimentation orale.

2 - à nous féliciter d'être réintervenus :

- dans une strangulation.
- dans une coudure très aiguë par adhérence sur moignon épiploïque.

- dans un cas d'abcès iliaque droit résiduel largement collecté méconnu.
- dans un accident de "chute de moignon" à symptomatologie occlusive.

3 - Une attitude d'expectative nous a fait friser une catastrophe (DE ... Roger soumis pendant 15 jours à un traitement médical, alors que sa dernière anse grêle était volvulée).

Nous sommes donc loin d'accepter les attitudes extrémistes qui, en matière d'occlusion dans les suites rapprochées de l'appendicectomie, posent en dogme l'abstention opératoire.

VII - D'UNE REINTERVENTION "BLANCHE"

Le 8.6.1964, LE Joël, 10 ans subit une appendicectomie pour appendicite gangréneuse perforée, au 3ème jour après le début de sa crise, avec draînage par une lame au contact du coecum (Op. Dr. F).

Les 3 premiers jours sont apyrétiques. Mais enfant fatigué, déshydraté, présentant une diarrhée séreuse apparue à la 48ème heure.

Le 4ème jour au soir, T° à 40°, avec météorisme, selles glaireuses, intolérance digestive. Le 5ème jour : T° 40°5, météorisme, Douglas douloureux. 12.600 leucocytes - 95 % de polynucléaires. Hématocrite 50 - Bilan électrolytique : hypokaliémie.

Craignant une complication septique grave, réintervention le 13.6.1964, (Dr. T) par médiane : pas d'épanchement péritonéal ; anses dilatées modérément, rouges, mollement accolées - Pas de foyer septique résiduel, notamment focal.

Réanimation. Antibiotiques. En 24 h., défervescence thermique - puis lente amélioration générale. Disparition des vomissements, selles prenant un caractère fécal. Mais les hématocrites restent élevés (53) et l'hypokaliémie importante.

Au 13ème jour après la réintervention, on juge l'état clinique en voie d'amélioration, mais les constantes biologiques restent perturbées. Une injection intraveineuse de potassium est faite : elle est immédiatement suivie de cyanose, contracture des membres, collapsus et décès en quelques secondes. Il est difficile de ne pas imputer ce décès brutal à cette injection, peut-être imprudemment pratiquée par un jeune réanimateur intérimaire.

Mais là n'est pas l'intérêt de cette observation. Il réside, à nos yeux, dans le fait qu'en l'absence de toute lésion anatomique - car, au 5ème jour, ce que nous avons constaté était la phase ultime de l'évolution favorable de la péritonite initiale - fut réalisé un tableau qui nous rappella étrangement nos morts par soi-disant poursuite de l'évolution péritonéale. Que nous déplorâmes certes, à l'ère pré-antibiotique, mais aussi au début de l'ère antibiotique, mais à une époque de réanimation balbutiante - Que nous n'avons plus rencontré depuis que nous savons mieux maintenir ou rétablir l'équilibre hydroélectrolytique de nos opérés.

Combien de ces syndromes mortels supposés péritonitiques étaient, en réalité, des manifestations d'une "maladie opératoire" méconnue - dont les symptômes sont aussi faits de fièvre, de météorisme, de déchéance progressive ?

Nous pensons qu'il s'agit là d'un point beaucoup plus important que de la querelle des enfouisseurs ou non enfouisseurs, des draîneurs et des non draîneurs.

Nous pensons aussi que - chez nous tout au moins - la réanimation des appendicectomisés est très mal faite. D'ailleurs, d'une façon générale, plus le cas est réputé bénin, moins il est bien réanimé ; nos opérés de chirurgie majeure présentent, toutes proportions gardées, moins d'incidents ou d'accidents post-opératoires que nos opérés moyens. Une gastrectomie totale ne choquera pas, alors que nous continuons à observer des chocs chez les hystérectomisés banales, qui n'ont pas bénéficié de toute l'attention de notre petite équipe de réanimation. Qui fait péché d'optimisme, et ne "compense" pas assez ces cas supposés sans danger.

En matière d'appendicite aiguë, hors les cas spécialement toxiques - on a trop tendance à oublier que le sujet ne nous arrive souvent qu'après 24, 48 heures ou plus de maladie, pendant lesquelles il n'a pratiquement rien bu, et où il a vomi. Que la reprise du transit demande souvent 3, 4 jours, pendant lesquelles il ne boit pas grand chose. Ordinairement, si l'évolution post-opératoire est normale, le patient arrivera à rééquilibrer son état hydro-électrolytique. Mais si survient une complication qui prolonge ou aggrave le déséquilibre, alors il ne pourra en faire les frais.

Nous avons tremblé pour les réopérés des appendicectomies primitivement sérieuses.

Notre cas le plus démonstratif est celui de FE ... J. qui pendant 4 jours n'avait pas bu, avant une opération trop tardive. Qui pendant les premiers jours post-opératoires, à transit difficile rétabli, n'a pas eu sa "ration" liquidienne. Il allait cependant guérir, sans cliniquement n'avoir jamais été très inquiétant - mais l'agression nouvelle de l'épisode occlusif aigu et de la laparotomie, déclencha un orage neuro-végétatif, ayant été jusqu'à un syndrome de Reilly, dont, par miracle, notre excellente réanimatrice peut le sortir.

S'il avait été mieux réanimé d'emblée LE ... Joël n'aurait probablement pas présenté ce syndrome secondaire - puis cette perturbation irréversible des constantes. Il n'aurait pas eu à courir le risque d'une thérapeutique, peut-être intempestive qui l'a achevé.

Nous nous battons, dans notre service, pour faire admettre que l'opéré d'appendicite aiguë est peut-être un petit opéré, mais un grand malade - qu'il faut réanimer avec une attention aussi grande que s'il avait subi une opération majeure. Surtout - et le cas est si fréquent - s'il s'agit d'un enfant dont, naguère Marcel FEVRE nous apprenait la rapidité des réactions - favorables, mais aussi hélas, défavorables.

IX - CONCLUSIONS

- A la lumière de 6.530 appendicectomies opérées à Dreux au cours de ces 20 dernières années - avec 17 décès, dont 4 après appendicite "à froid" et une morbidité non négligeable ayant entraîné 30 réinterventions précoces, dont deux morts,

- Nous nous sommes efforcés d'analyser les complications graves que nous avons eu à déplorer :

1 - Hémorragies post-opératoires, qu'une technique minutieuse doit permettre d'éviter et nous suggerons dans les formes sous-séreuses, une technique d'appendicectomie "rétrograde aseptique" qui nous a donné satisfaction.

2 - Complications septiques graves :

a - des appendicites aiguës sévères :

- où nous discutons du drainage.
- n'acceptant de suivre MONOD BROCA - qui en est l'observaire systématique - qu'autant que peuvent être réalisés :
  - une hémostase parfaite.
  - une toilette complète de la cavité péritonéale.
- et s'il ne s'agit pas de formes où une solide réaction de défense mérite, à nos yeux, d'être respectée.

b - des appendicites banales - où nous avons observé 9 "syndromes du 5ème jour", dont, après PELLERIN, nous reconnaissons le polymorphisme, et pour qui nous confirmons l'impérieuse nécessité d'une réintervention immédiate, qui nous a permis de guérir nos malades.

3 - Occlusions précoces -

qui nous paraissent devoir relever d'une réintervention s'il existe :

- un "intervalle libre".
- des douleurs spasmodiques d'apparition brutales.
- un échec du traitement médical, qu'il ne nous paraît pas possible de trop prolonger, hors des grands centres, du fait des difficultés de la réanimation.

4 - Enfin nous posons la question de savoir si bien des cas mortels que nous pensions dus à la poursuite post-opératoire du processus septique péritonéal, n'étaient pas, en réalité, des manifestations d'un déséquilibre hydro-électrolytique - dont le risque nous paraît être trop facilement méconnu dans les appendicites aiguës.

Vu, Le Président de Thèse
Professeur M. FEVRE

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

Désireux de rapporter une expérience personnelle et non de faire un travail d'érudition, nous avons limité nos lectures à :

1 - Des traités classiques :

- LECENE et LERICHE : Thérapeutique chirurgicale
- MONDOR : Diagnostics urgents de l'Abdomen.
- QUENU : Traité de technique chirurgicale.

2 - Les publications faites ces 20 dernières années aux grandes Sociétés Savantes, où nous avons principalement remarqué les communications suivantes, et les discussions qui suivirent :

a - A la société de chirurgie de Lyon.

- LABRY : "Mortalité et complications de l'Appendicite à froid", dans "Lyon-Chirurgical" 1947 TXL. II page 360.

b - A l'Académie de chirurgie.

- LAURENCE - MATHIS et ANGLADE : "Résultats obtenus par la méthode de prévention systématique et d'abstention chirurgicale dans les iléus post-appendiculaires précoces chez l'enfant". A.C. 28.10.1953 - T. 79 p. 682.
- PELLERIN et BOULARD : "Le syndrome péritonéal du 5ème jour après appendicectomie à froid chez l'enfant". A.C. 24.5.1961 - T. 87 p. 518.
- GERMAIN - COURTOIS-SUFFIT - DIANE : "La réintervention précoce en chirurgie abdominale". A.C. 4.3.1964 - T. 90 p. 271.
- MONOLD - BROCA - TESTAS - HIRSCH : "Le draînage des appendicites graves A.C. 1964.
- LENOEL - STEPHANI - FARGE : "A propos de la prévention des accidents secondaires de l'appendicite à froid". A.C. 24.3.1965 T. 91. p.357.

3 - Des articles parus dans des périodiques.

- Revue du Praticien - n° du 1.2.1958 consacrée aux appendicites.
- CALVET et FELLUS - Semaines des Hôpitaux - Avril 1961.
- DESJACQUES et RAY : "La désinfection du moignon appendiculaire". Presse médicale 9 Juin 1962. T.70 n°28. p. 1406.